

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N° 1080

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Etienne PLAGIE

Né le 1^{er} Août 1922, à Phnom-penh (Cambodge)

Ancien Interne de l'Hôpital de Puteaux

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 1949

Signes radiologiques
de
l'endométriiose tubaire et utérine

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **PLAGIE.**

Prénom : **Etienne.**

Date de soutenance : 20 décembre 1949.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

PLAGIE (Etienne). — Signes radiologiques de l'endométriose tubaire et utérine. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 56 p., 13 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PLAGIE (Etienne). — Signes radiologiques de l'endométriose tubaire et utérine. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 56 p., 13 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PLAGIE (Etienne). — Signes radiologiques de l'endométriose tubaire et utérine. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 56 p., 13 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PLAGIE (Etienne). — Signes radiologiques de l'endométriose tubaire et utérine. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 56 p., 13 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Etienne PLAGIE

Né le 1^{er} Août 1922, à Phnom-penh (Cambodge)

Ancien Interne de l'Hôpital de Puteaux

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 1949

Signes radiologiques
de
l'endométriose tubaire et utérine

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombredanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
	VELTER (E.)
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE (F.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

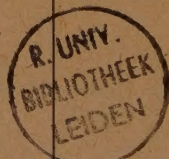
Parasitologie et histoire naturelle médicale	MM. GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale.	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	N... DELMAS. N. et DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale. { PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique	DELARUE Mlle GAUTHIER- VILLARS.	Pathologie expérimentale. MERKLEN.
Bactériologie.	BONNET. FASQUELLE.	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Biochimie méd.	ETTORI. SCHAPIRA.	Pathologie médicale ... { LAPLANE. MARIE (Jullen). CHEYMOL. BARGETON. PARROT.
Dermato-syphillographie.	DEGOS.	Physique médicale DJOURNO.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.	Psychiatrie ... BARUK.
Hydrologie	DEBRAY.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens.. BROUET.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.	Urologie COUVELAIRE R.
Médecine légale	DEROBERTE.	
Neuro-chirurgie	PUECH.	
Neurologie ...	DE SEZE.	
Obstétrique ...	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	
Ophthalmologie .	OFFRET.	
Oto-rhino-laryngologie .	AUBIN.	
Parasitologie ..	BRUMPT L-G.	
Pathologie chirurgicale. {	FEVRE. HUGUIER. LEGER.	



III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	{	Clinique obstétricale	{
	AMELINE.		ECALLE.
	FUNCK- BRENTANO. MENEGAUX.		LACOMME.
Clinique médicale	{	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	BOULIN.		
	HAGUENAU. MOUQUIN.		

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A HAHN.

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

*Dont la vie fut une longue
suite de sacrifices à la souffrance
des pauvres.*

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES ET SCEURS

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR
NGOC - NGA

A MONSIEUR LE DOCTEUR
DUONG - VAN - DIEM

Ancien Chirurgien de l'Hôpital Mixte du Cambodge

Qui m'est plus qu'un père.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à l'Hôpital Tarnier

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il me soit permis de le re-
mercier pour l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. HUARD

Doyen de la Faculté de Médecine de Hanoï

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a guidé nos premiers pas
en chirurgie.*

*Qui n'a cessé d'être pour nous
plus qu'un maître.*

*Faible témoignage de notre
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. HERVET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Gynécologue-Accoucheur
Assistant des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a confié ce travail et
m'a aidé à le mener à bien.*

A MADAME LE DOCTEUR F. KREIS DE MAYO

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris
Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital de Puteaux

*A qui nous devons toute notre
formation gynécologique et obsté-
tricale.*

*Qu'elle trouve ici toute notre
gratitude.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

C. CACHIN — M. GANDRILLE

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgiens de l'Hôpital de Puteaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS

P. VIGNERON — C. TAVERNIER

Médecins Radiologues

*En remerciement de l'accueil
bienveillant qu'ils m'ont réservé
dans leur service.*

A MES AMIS

LES DOCTEURS

MICHEL HUC — XAVIER SALINESI

(A. I. H. P.)

A MES CAMARADES

DU « S. A. S. B. PONCHARDIER »

AU PERSONNEL

DE L'HÔPITAL DE PUTEAUX

PRÉFACE

Dans notre travail, nous exposerons :

A. — INTRODUCTION.

Sur l'actualité du problème de l'endomé-
triose.

B. — CHAPITRE I.

Les généralités — Définition, fréquence
de l'endométrieose utérine et tubaire.

C. — CHAPITRE II.

1° L'hystérosalpingographie.

Techniques — Matériel.

Produits opaques.

2° Observations.

3° Signes radiologiques.

D. — CHAPITRE III.

— Diagnostic différentiel avec les diver-
ses affections, surtout :

— Le cancer cervico-utérin;

— la tuberculose tubaire.

E. — CONCLUSION.

INTRODUCTION

L'abondance des mémoires et des communiqués publiés ces dernières années, tant dans la presse médicale française qu'étrangère, témoigne de la brûlante actualité de la question de l'endométriose.

Nous signalons notamment, en France :

— Le rapport de BROcq et VARANGOT au *XLVIII^e Congrès Français de Chirurgie*, Paris, 1939.

— Les communiqués de MOCQUOT, MOULONGUET, PORTES, VARANGOT, GOSSET, etc.

A l'étranger :

— Les publications des auteurs scandinaves et surtout la remarquable analyse comparative sur le traitement et le diagnostic de l'endométriose de THIERSTEIN.

Dans notre modeste travail, nous nous intéressons seulement à l'endométriose utérine, essayant de faire, si possible, une mise au point du diagnostic radiologique de cette affection.

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

DÉFINITION.

L'endométriose est une affection qui « débute souvent anatomiquement peu après la puberté; par contre, son expression clinique est généralement plus tardive, lorsque l'affection a pris une extension suffisante pour provoquer des désordres fonctionnels » MOCQUOT).

Elle est caractérisée :

a) *Anatomiquement*, par la présence, le développement de petites formations cavitaires d'aspect hémattique, goudron.

b) *Histologiquement*, par un épithélium glandulaire à cellules cylindriques reposant sur un chorion cytogène, — analogues à l'épithélium et au chorion de l'endomètre —, à la présence d'hématies et de pigments caractéristiques, entourés de fibres musculaires lisses.

c) *Physiologiquement*, par « sa participation aux phénomènes de la menstruation » (SCHERICHEWSKY, LAUCH), par « ses rapports avec la gestation » (PORTES et VARANGOT).

d) *Cliniquement*, par :

- une dysménorrhée tardive, qui augmente d'intensité depuis plusieurs années;
- une méno-métrorragie à caractère particulier, noir, poisseux, variable;
- des masses nodulaires juxta-isthmiques, douloureuses à la palpation, qui augmentent de volume, et d'intensité douloureuse à chaque période menstruelle;
- parfois par des troubles de compression de voisinage.

e) Par son *association fréquente* avec d'autres affections gynécologiques :

- fibrome utérin;
- hyperplasie endométrio-ovarienne;
- kystes folliculiniques.

FRÉQUENCE.

Les statistiques dressées en France par GOSSET et BERTRAND (1939), COTTE et MATHIEU (1943), à l'étranger par COUNSELLER (1938), BROCKE et BLAND (1941), ont montré que 50 à 70 % des lésions d'endométriose siègent soit dans l'utérus (col, corps, isthme), soit dans les annexes (trompe, pavillon, ovaires), d'où l'intérêt pour le diagnostic clinique de l'hystérosalpingographie (H.S.G.) avec substances opaques.

CHAPITRE II

L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE

TECHNIQUE — MATÉRIEL.

Point n'est besoin de décrire les diverses techniques d'H.S.G., ainsi que les appareillages utilisés, qui sont clairement exposés dans les traités classiques de gynécologie.

Par contre, pour les substances opaques, les gynécologues français utilisent le lipiodol fluide à 40 %, tandis que leurs confrères scandinaves préfèrent eux, le pérabrodyl, qui grâce à sa grande fluidité donne des images radiologiques plus fines.

Cependant, le diodone Guerbet à 35 %, le ténébryl, bien qu'un peu douloureux, répondraient aux mêmes qualités que le produit des auteurs nordiques.

Il faut avant de pratiquer cet examen savoir dépister une infection utéro-annexielle surajoutée qui est une contre-indication formelle, et ne pas omettre de prescrire un repos de 24 heures au cours duquel une vessie de glace sera appliquée sur l'abdomen.

Avant d'aborder ce chapitre, nous tenons à remercier MM. E. HERVET, MERGER, AKE AKULUND (Stockholm), qui ont mis gracieusement leurs observations à notre disposition, et nous nous excusons auprès de

MM. MADSEN, BELTERSEN, d'avoir utilisé leurs clichés radiologiques dans notre thèse, les circonstances actuelles ne nous ayant point permis de les atteindre.

Malgré le pourcentage élevé des localisations utérines et tubaires, les observations d'endométriose diagnostiquée par l'hystérosalpingographie sont relativement rares, surtout en France, où n'ont été publiés que deux cas étudiés par MERGER et E. HERVET et BOURDON.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(E. HERVET, in : *Journal Obst. and Gyn.*, 1948, n° 3, p. 385-388.)

Mme Elise S..., concierge, a cinquante et un ans.

Elle vient consulter le 2 mai 1947, à l'Hôpital Broca, pour des *hémorragies utérines*.

Cette femme est ménopausée depuis un an. En 1946, en effet s'est installée la ménopause marquée par la disparition des règles, des bouffées de chaleur, des vertiges et de la céphalée.

Puis de mai 1946 à mai 1947, surviennent trois hémorragies utérines de sang rouge et de caillots, abondantes et surtout *douloureuses*. Les douleurs sont particulièrement intenses, quelques jours après le début des pertes de sang et jusqu'à la fin de l'hémorragie.

La première hémorragie survient en mai 1946 et persiste pendant un mois.

La deuxième, en novembre 1946, pendant un mois. A ce moment, un traitement à base de piqures, dont la malade ne peut préciser la nature, met fin à cette hémorragie.

La troisième, en avril 1947. C'est cette nouvelle hémorragie douloureuse qui amène la malade à la consultation de Broca.

Dans les antécédents, il faut retenir que la puberté s'est installée normalement à l'âge de onze ans, que les règles ont toujours été normales selon un cycle de vingt-huit jours, et qu'en particulier en 1945, l'année qui a précédé la ménopause, elles n'ont présenté aucun caractère douloureux.

Une fille, en 1926, à la suite d'une grossesse et d'un accouchement normaux. On ne note aucune fausse-couche, et par ailleurs, rien qui mérite l'attention.

L'examen est pratiqué en premier lieu par M. LEJEUNE, qui trouve un col sain et un corps utérin un peu gros. La malade est admise dans le service pour exploration lipiodolée de l'utérus.



OBSERVATION N° 1 (Cliché E. HERVET)

Aspect en bouquet de varech.

Endométriose utérine et tubaire.

La malade est revue par le Professeur MOCQUOT qui confirme l'examen clinique précédent, s'arrêtant seulement sur un utérus augmenté de volume.

La radiographie de l'utérus retient particulièrement l'attention.

« L'ensemble de la cavité utérine est un peu agrandi; les contours sont partout normaux, sauf au niveau des cornes où l'image est vraiment curieuse. Il existe en effet deux images lacunaires d'aspect nébuleux, presque symétriques, formant une sorte de bouquet, au niveau de chaque corne. Par ailleurs, les trompes ne sont pas injectées. L'évacuation ne se fait pas, sauf au niveau des plages lacunaires où persistent cependant quelques traces de lipiodol (*cf. fig.*). »

La discussion diagnostique s'engage alors sur ces données :

- métrorragies post-ménopausiques;
- gros utérus;
- images lacunaires des cornes.

Il nous a semblé d'abord qu'on pouvait éliminer *un passage vasculaire* car, dans ce cas, en général, le lipiodol se répand en fines trames allongées, qui se réunissent pour dessiner un tronc vasculaire plus important, présentant un aspect assez caractéristique s'éloignant de notre image.

La discussion s'est ainsi rapidement circonscrite entre cancer du corps et endométriose.

En faveur du cancer, on pouvait retenir :

- la fréquence de cette lésion dans l'étiologie des métrorragies post-ménopausiques;
- l'âge de la malade;
- l'aspect nébuleux que donnent souvent les proliférations néoplasiques intra-utérines.

Mais,

- les différents caractères, même des hémorragies peu fréquentes (trois en un an), survenant et s'arrêtant du jour au lendemain, sans qu'on puisse mettre en évidence aucune perte de sang dans leur intervalle;
- le caractère douloureux de ces hémorragies;
- la symétrie curieuse des images, l'aspect circonscrit des zones suspectes, leur siège intéressant les deux cornes et laissant indemne le reste de la cavité utérine, furent les principales raisons qui firent soulever l'hypothèse d'une endométriose des cornes.

C'est donc sur ce diagnostic clinique que l'indication opératoire fut posée.

Compte rendu opératoire.

— Médiane sous-ombilicale.

— A l'ouverture du péritoine, on trouve un utérus un peu gros, des annexes saines, en particulier aucune lésion péritonéale pouvant faire penser à l'endométriose. On fait une hystérectomie sub-totale et la paroi est suturée en trois plans.

Aspect macroscopique de la pièce après fixation dans l'alcool.

On ouvre la cavité utérine qui est libre de toute végétation. Il n'existe à coup sûr pas de cancer.

Les cornes sont un peu « soufflées » et sont coupées en tranches parallèles. C'est alors qu'apparaissent de petites taches rouge-brunâtre dans l'épaisseur du muscle, formant de petites cavités en nid d'abeilles, de dimensions variables et s'ouvrant tout autour dans la lumière des cornes.

L'ensemble ressemble manifestement à des lésions d'endométriose.

Examen histologique.

L'examen d'anatomie pathologique fait par MORICARD confirme qu'il s'agit bien d'endométriose typique.

OBSERVATION N° 2

(MERGER et HERVET in : *Journal de gyn. et obst.*, 1949, tome III, p. 225-227.)

Elle constitue la première en France qui établisse le rapport des images aérologiques des trompes avec des lésions d'endométriose.

« Mme ..., trente-trois ans, soignée pour stérilité et dysménorrhée, chez laquelle on fit, il y a quatre ans (1945), après une insufflation tubaire douloureuse donnant un graphique d'obstruction infundibulaire, une hystérogaphie qui montre :

« Une cavité utérine normale d'un utérus rétroversé, une injection des trompes qui sont perméables, mais surtout sur la portion isthmique des trompes, un étalement du lipiodol en fine dentelle réalisant une image aréolaire. On ne distingue pas dans cette plage lacunaire la lumière des trompes qui se ramifie en multiples arborescences. Tout se présente comme si le lipiodol pénétrait dans une série de logettes en nid d'abeilles centrées sur l'axe de la trompe ».



OBSERVATION N° 2 (Cliché E. HERVET)

Aspect en boule gui.
Endométriose tubaire bilatérale.

A l'époque où ce cliché fut pris, 1945, nous n'avions pu interpréter pareille image de façon précise.

S'agit-il d'une malformation congénitale ou au contraire d'une lésion acquise ?

L'évolution clinique de la maladie nous a amené à opérer cette malade. La dysménorrhée depuis deux ans était devenue

intolérable. On s'était surtout attaché à l'éventualité d'une tuberculose génitale, en raison de l'augmentation de volume discrète mais bilatérale des trompes, et des antécédents de cette femme qui en 1938 avait eu une pleurésie aéro-fibrineuse, et des abcès froids costaux qui avaient conduit M. GÉRARD-MARCHANT à faire une résection costale et une ablation mammaire partielle.

Mais l'hypothèse d'une endométriose avait aussi été envisagée pour une raison clinique d'abord : l'apparition tardive d'une dysménorrhée chaque mois plus intense;

pour une raison radiologique ensuite : l'image ci-dessous présente beaucoup de ressemblance avec une image d'hystérogaphie d'endométriose des cornes utérines publiées par l'un de nous dans une précédente communication (*J. Radiol. électro.*, tome 30, N° 3-4, 1949, par E. HERVET-BOURDON).

L'intervention ne montra de prime abord aucune lésion caractéristique. Les pavillons étaient obstrués. Les deux trompes, augmentées de volume, boudinées, épaisses, évoquaient l'idée de tuberculose. Mais sur la séreuse tubaire existaient de nombreuses petites taches bleutées si spéciales à l'endométriose. En tout cas les deux trompes sont certainement inaptes à remplir leur fonction. On les enlève en laissant l'utérus et les deux ovaires apparemment sains. On résèque le nerf pré-sacré.

La confirmation de la présomption d'endométriose ne fut donnée que par l'examen histologique. Les coupes ont été lues par le Professeur BRINDEAU, Mlle GAUTHIER-VILLARS et M. HÉRAUX.

L'évolution ultérieure de la malade montre que la première menstruation a été indolore. Puis les deuxième et troisième menstruations furent de plus en plus douloureuses.

OBSERVATION N° 3

(Ake AKERLUND, in *Acta obst et Gyn. Scandinavia*, 1943.)

Mme..., quarante-sept ans, soignée pour dysménorrhée, ménorragies, sang abondant mais sentant mauvais, utérus de la taille d'un œuf d'oie, régulier, compact.

Biopsie (21-3-42).

« Muqueuse atrophique, par endroit des lumières kystiques, pas de signe de malignité ».



OBSERVATION N° 3 (Cliché Ake AKERLUND)

Endométriose tubaire. Cliché de face.

Hystérogaphie (14-4-1942) (3 clichés).

« Cavité utérine augmentée de volume, extrémités tubaires fortement déplacées en « cornes de bouvillon ».

Région fondique, étalement des substances de contraste. A partir de la cavité utérine, un certain nombre de cavités irrégulières, épaissies, allongées, arrondies, quelquefois tordues, en

forme de queue de poêle ou bien rappelant des réunions tubulées avec la cavité utérine.

Dans les autres parties de la cavité utérine on trouvera quelques petits abouchements glandulaires, épaissis, remplis de substance opaque 15 minutes après.



OBSERVATION N° 3 (Cliché Ake AKERLUND)
Vue en oblique gauche.

Pas de calcifications.

- Imperméabilité tubaire bilatérale;
- Pas d'injection vasculaire. »

Conclusion.

Endométriose tubo-utérine confirmée par l'opération et l'examen histologique le 26-5-42 (Dr. DOZENT RINGERTZ).



OBSERVATION N° 3 (Cliché Ake AKERLUND)

Vue en oblique droit.

OBSERVATION N° 4

(Même auteur, n° 2435/40, 1575/41, Hyst. i. 14).

Mme..., quarante-huit ans, secondipare.

Métrorragies,

Utérus gros, antéfléchi.



OBSERVATION N° 4 (Cliché Ake AKERLUND)
Endométriose utérine

Biopsie (23-11-40).

Formation dure empêchant la pénétration de la curette.

Hyperplasie de la muqueuse utérine avec des petites throm-
boses.

Hystérographie (11-6-41).

Cavité utérine élargie.

Contours irréguliers.

La substance opaque se dépose dans des formations en poche, arrondies ou allongées qui existent dans la muqueuse. De nombreux récessus que l'on voit, ont une telle profondeur que l'on se demande s'ils ne traversent pas l'utérus.

Perméabilité tubaire gauche.

Dg : *Endométriose utérine.*

Ce diagnostic est confirmé à l'intervention (Porf. AHLSTRÔM) et à l'examen histologique (Prof. L. SANTESSON).

OBSERVATION N° 5

(Même auteur, n° 3136/41, Hyst. i. 28).

Mme..., quarante-neuf ans, nullipare.

Dysménorrhée depuis quatre mois et demi.

Hémorragies avec arrêt de 1 jour ou 2. Métrorragies irrégulières.

Utérus antéfléchi, de la taille d'une boule de billard, dévié à droite, surface bosselée.

Biopsie (8-11-41).

Muqueuse irrégulière en partie hyperplasique avec des thromboses.

Infiltration nette, par cellules arrondies.

Hystérographie (13-11-41).

Cavité utérine agrandie.

Relief muqueux très irrégulier.

Imperméabilité tubaire bilatérale.

Sur le rebord gauche de l'utérus, pénétration de la substance opaque dans des récessus profonds, irréguliers, qui donnent l'impression de pénétration dans la musculuse.



OBSERVATION N° 5 (Cliché Ake AKERLUND)
Endométriose tubaire et utérine.

Le col est largement dilaté. Quinze jours après, on note une résistance des deux culs-de-sac.

Le 29-11-41 à l'intervention (Dr. A. LENNER) :

Masses bilatérales constituées par les ovaires, la gauche de la taille d'une prune, la droite de celle d'un œuf.

Ovariectomie.

Examen histologique (Dr RINGERTZ).

Endométriose ovarienne.

La lésion *in utero* est bien une lésion d'endométriose utérine.

OBSERVATION N° 6

(N° A. K. H. 1898/40 — Valdemar MADSEN in *Acta Obst. et Gyn. Scandinavia*, 1943, p. 333).

Mme..., vingt-neuf ans, entre dans le service le 25-7-1940 pour : endométriose tubaire et hydrosalpinx bilatéral.

Réglée à douze ans, règles régulières 8 j. - 28 j.

Dysménorrhée depuis l'âge de vingt ans, douleurs pelviennes pendant les trois premiers jours.

Douleurs abdominales, en dehors des périodes menstruelles, très aiguës.

Pollakiurie, stérilité involontaire.

A l'examen, utérus apparemment normal, malgré une légère tension du bas-ventre, pas de masse précise. Température normale. Vitesse de sédimentation : 4 mm., gonoréaction négative, culot urinaire : pas de gonocoque. B. W. : négatif. Urine, de sondage, normale.

Hystérosalpingographie.

Cavité utérine normale. Remplissage rapide des deux trompes.

Du côté isthmique gauche, un réseau de petits canaux remplis de substance de contraste, avec de part et d'autre des taches arrondies, sombres.

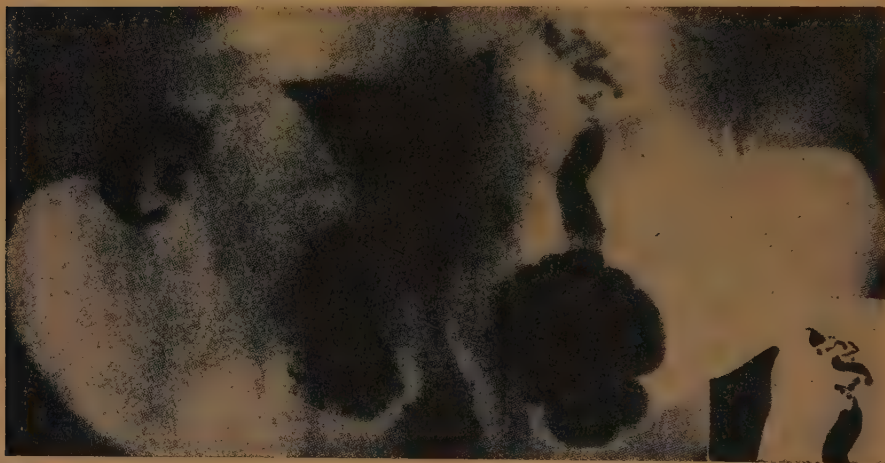
La trompe se prolonge, de la taille d'un crayon d'ardoise, s'abaisse brusquement et la substance opaque forme, au bout,

un agglomérat de petites sphères de la taille d'un pois, agglomérat de la grosseur d'une pièce d'un shilling.

Imagé fine, mince, de la trompe droite, sur les deux-trois premiers centimètres, au-delà desquels on voit une petite tache de la taille d'un grain de millet. L'image tubaire continue, devenant grande comme un crayon d'ardoise, même agglomérat sur le côté droit, de la taille d'une pièce d'un shilling.

Un, puis sept jours après, les images des agglomérats n'ont pas changé.

Diagnostic : *hydrosalpinx bilatéral*.



OBSERVATION N° 6 (Cliché V. MADSEN)

Endométriose tubaire gauche.

Intervention huit jours après.

Utérus normal, quelques adhérences.

Péritoine normal.

L'annexe gauche est rétroversée et augmentée de volume :
hydrosalpinx gauche...

Près de la corne utérine, de part et d'autre de la trompe, une tuméfaction de la taille d'une noisette. La partie distendue de la trompe forme un sac de couleur vert sombre, qui après ouverture, laisse écouler un liquide vert gris. L'ovaire gauche paraît normal.

A droite, profondément enfoncé dans le douglas, un hydrosalpinx gros comme les $\frac{2}{3}$ de celui de gauche. Près de la corne utérine, une tuméfaction ferme. L'ovaire droit est normal.

La culture du liquide d'hydrosalpinx est négative.

Examen histologique (Dr FR. GREGERSEN).

« *Endométriose péritubaire bilatérale* ».

Compte rendu : La section des deux tubes montre une ouverture étroite, régulière, entourée d'une membrane muqueuse plissée mais non inflammatoire.

Dispersées dans le tissu environnant, entre les paquets de fibres lisses et de tissus, des grandes et petites taches formées par du stroma cytogène dans lequel se trouvent des glandes tubulaires d'apparence variable, parfois tordues, parfois entaillées, parfois dilatées, presque kystiques.

Les formations glandulaires et le stroma cytogène présentent bien le caractère du tissu endométrial; ils sont bordés par une coulée de tissu épithélial qui ne présente aucun caractère de malignité.

OBSERVATION N° 7

(A. K. H., 588/39. — MADSEN).

Mme..., trente-neuf ans, salpingectomie droite pour grossesse extra-utérine, dégénération kystique des ovaires, syphilis, stérilité secondaire.

A vingt-deux ans, grossesse extra-utérine droite curettée à tort, opérée, syphilis acquise. Depuis douleurs dans la fosse iliaque droite, très intenses.

Règles irrégulières, plus abondantes, fréquemment répétées, leucorrhée, stérilité secondaire.

Examen clinique.

Utérus normal, pas de tuméfaction palpable à droite, annexe droite sensible.

Gonoréaction : + +.

Frottis vaginal : pas de gono.

B. W. : +

Kahn : + + +

Vitesse de sédimentation : 6 mm.

Température normale.



OBSERVATION N° 7 (Cliché V. MADSEN)

Endométriose tubaire droite.

Hystérosalpingographie.

Faite seize jours après son entrée.

A droite, sur un moignon de trompe de 3 cm. de long, se dessine une fine maille de 3/4 cm. de large, de substance de contraste autour d'une lumière tubaire mince.

A gauche, remplissage régulier d'une trompe dilatée de la taille d'un crayon, avec stase de la substance de contraste.

Intervention.

Huit jours après l'H. S. G.

Laparotomie, salpingectomie double, appendicectomie, résection de l'ovaire droit.

Adhérences abdomino-épiploïques. Le moignon de la trompe droite est adhérent avec la face postérieure du ligament large. La trompe gauche est longue et en position postérieure et basse. A son 1/3 externe, elle présente une dilatation fermée de la taille d'une noix. L'ovaire gauche est normal mais accolé à l'hydrosalpinx. L'ovaire droit présente un kyste gros comme une noix.

Suites opératoires normales.

Examen histologique (Dr GREGERSEN).

Endométriose de la trompe droite.

Compte rendu : Les coupes du moignon tubaire montrent une épaisseur des parois, une petite lumière étoilée, bordée d'une muqueuse et entourée d'une couche musculaire. Autour, de larges trainées de fibres lisses communément observées dans la trompe droite et la région de la corne utérine. Ça et là, des formations glandulaires endométriales dispersées, de taille variable, avec des taches de pigments sanguins. Aucun caractère de malignité.

OBSERVATION N° 8

(Arne BERTELSEN in : *Acta Obst. et Gynec. Scandinavia*, 1943, p. 30-33).

Mme..., trente-et-un ans, traitée pour stérilité secondaire. A eu 1 enfant de son premier mari. Depuis le deuxième mariage, stérilité. L'examen spermatique du mari est normal.

La malade a eu ses règles à quatorze ans.

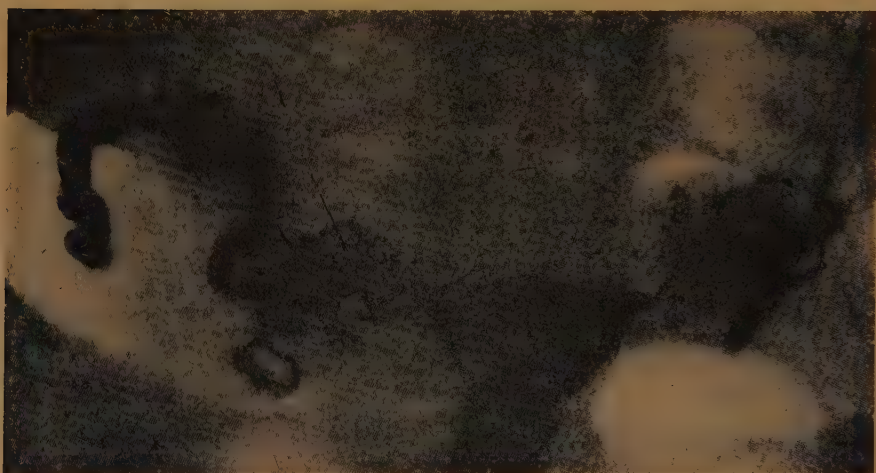
Cycle : 3-4 j. - 27-28 j. Règles normales, non douloureuses.

Hystérographie.

Douloureuse pendant un court instant (FLEMMING MOLLER).

Cavité utérine normale.

Remplissage partiel des trompes.



OBSERVATION N° 8 (Cliché A. BERTELSEN)

Aspect en boule gui.

Endométriose tubaire bilatérale avec hydrosalpinx droit.

Des deux côtés, à une courte distance de l'isthme, la substance de contraste pénètre dans les parties avoisinantes des trompes pour former des taches, de petites trainées irrégulières. Sur les parties latérales de ces taches, l'injection tubaire se fait. A gauche, l'image est celle d'un mince tube entortillé, tandis que la trompe droite est dilatée surtout vers son extrémité. Il n'y a pas de passage intra-abdominal de la substance de contraste.

Vingt-quatre heures après, même image avec en plus accumulation de la substance de contraste dans la trompe droite, pas de diffusion intra-abdominale. Le cliché montre une salpingite bilatérale avec imperméabilité tubaire. L'image des trompes, partie formées de taches opaques irrégulières peut faire penser à une endométriose ou à une tuberculose tubaire.

Intervention (Prof. DAHL-IVERSEN).

Laparotomie, salpingectomie droite.

A la région isthmique, les trompes sont épaissies, tuméfiées, correspondent bien à l'image en réseau vue à la radio.

Examen histologique.

Endométriose tubaire (H. GORMSEN).

Ces huit malades ont été opérées sur diverses indications opératoires et l'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic radiologique.

Nous présentons ensuite deux autres clichés de malades qui, bien que n'ayant pas subi une intervention chirurgicale, présentent à l'hystérographie des images caractéristiques d'endométriose utérine et tubaire.

Cliché I (Ake AKERLUND - 750/41 Hyst. i. 12).

Hystéroggraphie.

— Cavité utérine grossie.



N° 1 (Cliché Ake AKERLUND)

Endométriose tubaire et utérine + hydrosalpinx droit.

— Le contour montre sur sa périphérie un grand nombre de petites fossettes remplies de substance opaque, plus hydrosalpinx droit. Trompe gauche remplie en partie sur les deux côtés, le système de petites fosses sont remplies de substance opaque même à la partie isthmique.

Cliché II (Ake KERLUND, 403/41. Hyst. s. 39)...

Cavité utérine dilatée avec une image lacunaire à base large, rappelant un polype à l'origine tubaire.



N° 2 (Cliché Ake AKERLUND)

Endométriose utérine + polype utérin de la corne droite

Les contours utérins montrent dans le fond utérin, des petites cavités remplies de substance opaque. Dans la trompe droite, on retrouve ce même aspect cavitaire. Gros ovaire droit.



(Cliché Ake AKERLUND)

Dessins des images radiologiques
des observations de M. Von Ake AKERLUND.

SIGNES RADIOLOGIQUES

En somme, les signes radiologiques de l'endomé-
triose tubaire et utérine consistent en :

1° Au niveau de la cavité utérine :

- images diverticulaires;
- fossettes irrégulières;
- évaginations;
- récessus profonds, tortueux, enfoncés dans le muscle utérin comme les cavernes de troglodytes.

2° Au niveau des trompes :

- plages lacunaires, dentelées;
- petits canaux irréguliers;
- cavités anfractueuses, déformées;
- formations tubulées, « en queue de poêle », en poches arrondies ou allongées;
- aspect de réseau fin, de fines mailles péri-tubaires avec des taches arrondies, ovalaires, gardant la substance de contraste qui ne s'évacue qu'au niveau des plages lacunaires, des lésions en communication avec la muqueuse utérine ou tubaire.

L'aspect général est celui :

- de boule de gui;
- de nid d'abeilles;

- de touffes de varech;
- de baies de dattes;
- de régime de noix d'arec;
- de bouquet de petites violettes;
- de corail des mers tropicales.

La présence simultanée des lésions tubaires et utérines est possible mais non constante.

Cependant un certain nombre d'affections gynécologiques peuvent donner à l'hystérosalpigographie des images dont l'interprétation est parfois délicate.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

En effet, au cours de l'H. S. G. nous pouvons trouver :

Soit :

1° *Une image d'injection vasculaire.*

Le lipiodol se répand en fines trames allongées qui se réunissent pour dessiner un tronc vasculaire présentant un aspect caractéristique.

2° *Une image d'hyperplasie utérine.*

L'aspect diffus, dentelé, ondulé de l'image de la muqueuse hyperplasiée ne peut prêter à confusion avec les « récessus », les « fossettes », les « diverticules » de l'endométriose.

Une biopsie de l'endomètre tranchera ce litige.

3° *Une image de rétention placentaire.*

Image d'aspect lacunaire, à contour régulier, caractéristique, siégeant soit dans la région fondique, soit près d'une corne.

Coexistant avec une histoire d'avortement antérieur.

4° *Une image de cancer utérin.*

Image lacunaire à bords irréguliers, frangés, quand le cancer siège sur le bord ou sur le fond utérin.

Image de tache claire, floue, visible surtout sur un cliché d'évacuation, dans les lésions vues de face.

L'histoire clinique, la biopsie et éventuellement l'hystéroscopie viendront confirmer le diagnostic.

5° *Une image de grossesse extra-utérine.*

Assez rare d'ailleurs, image de remplissage partiel de la trompe en cause, suivie de taches irrégulières qui traduisent le passage du lipiodol entre la paroi tubaire et les caillots.

Suivie de plage lipiodolée à contours irréguliers.

La confusion n'est guère possible avec une image d'endométriose.

Plus difficile et plus important est le diagnostic différentiel avec :

6° *Une image de salpingite tuberculeuse.*

a) Images dentelées, déchiquetées avec des lacunes dans la continuité de l'image tubaire, des prolongements latéraux, des trajets fistuleux aux contours irréguliers, des diverticules gardant la substance opaque.

b) Image salpingographique caractérisée par un aspect en tuyau de la trompe, des contours rectilignes et rigides de la lumière, des dilatations en massue, un aspect frangé des bords tubaires.

L'extension tuberculeuse dans la cavité utérine, surtout près des cornes, donne une image frangée, irrégulière, dentelée, difficile à distinguer d'une lésion cancéreuse ulcéro-térébrante.

c) Parfois on note la présence : de foyers de calcifications dans la trompe, de ganglions lymphatiques calcifiés dans le bassin.

Le diagnostic différentiel entre salpingite tuberculeuse et endométriose tubaire est très délicat. Dans le doute, l'histoire clinique, les antécédents, la biopsie de l'endomètre, la coélioscopie abdominale permettront de trancher le différend.

Nous signalons que la culture, en milieu spécial, du sang des règles, du fragment d'endomètre, avec mise en évidence du bacille alcool-acido-résistant; le BK, réalisé dans certains cas heureux, peut apporter un argument de poids dans le diagnostic différentiel des deux affections (B. Kreis).

7° Rares mais d'interprétation difficile sont les images de *malformations congénitales*. La muqueuse tubaire pourrait présenter des plis, des diverticules profondément enfoncés dans la paroi tubaire, réalisant l'aspect des trompes « soufflées » décrites par SÉGUY. L'absence de tout syndrome clinique peut faire conclure devant une telle image radiologique à une malformation.

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

VI. — L'examen radiologique paraît donc indiqué, toute précaution prise par ailleurs, chaque fois que le diagnostic d'endométriose génitale est soupçonné.

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SABRAILLH

BIBLIOGRAPHIE

- AKERLUND (Ake). — Ein rewer and charaketis tischer roëintgen befund bei endometriosis uteri. (*Acta obstetrica and gynecologica Scandinavia*, t. 23, 1943, p. 721.)
- BERTELSEN (Arne). — Endometriosis and endosalpingiosis localised to the isthmes of the fallopian tube. (*Acta obstetrica and gynecologica Scandinavia*, t. 23, 1943, p. 30.)
- BROCQ et VARANGOT. — Rapport au XLIII^e Congrès français de chirurgie. (Paris 1939.)
- COTTE. — Endométriose de l'utérus, du ligament utéro-sacré gauche et du colon sigmoïde. (*Lyon chirurgie*, 1941, 42, 37.)
- COTTE (G.) et MATHIEU (J.). — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les endométrioses de l'appareil génital. (*Mém. Acad. Chir.*, t. 63, pages 1349-1363, 1939.)
- L'endométriose ovarienne. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. (*Gyn. et Obst.*, t. 39, p. 81-99, 1939.)
- DIONITTI. — Radiodiagnostic d'endométriose de l'utérus. (*Bolet. y trab. Ac. Argent. Cir.* 25 oct. 1939 - 23, n° 26 et *prensa med. Argent*, fév. 1940, 27.)
- DREYFUSS. — Aspect pathologique et clinique de l'adénomyome et de l'endométriose. (*Am. J. Obst. and gyn.*, janv. 1940, 39, n° 1.)
- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — (Gynécologie.)
- FALLAS et ROSENBLUM. — Endométriose. (*Am. J. Gyn. et Obst.*, june 1940, 39, n° 6.)

- GORI (R.-M.). — Endometriosis tubaria. Endosalpingiosis. (*Obs. y gin. latino-Amer.*, n° 6, 29 juin 1948, p. 242.)
- GOSSET (A), BERTRAND (I), et CHEVALIER (R.-J.). — Considérations statistiques et histologiques sur l'endométriose pelvienne. (*Mens. Acad. de Chir.*, t. 65, p. 821-831, 1939.)
- HERBERT FREDERIKSON (Gothembourg, Suède). — Images radiologiques dans les cas de salpingite uterculeuse. (*Gynéc. et Obst.*, t. 48, n° 4, 1949, p. 337-345.)
- HERVET (E., 146-13). — Une hystérogaphie au lipiodol caractéristique d'endométriose utérine. (*Gynéc. et Obst.*, 1948, 47, n° 3, p. 385-388.)
- HÉRVET et BOURDON (R.). — Endométriose utérine avec signes d'examen au lipiodol. (*J. Radiol. électro.*, 1949, 30, n° 3-4, p. 131-134.)
- HOBBS (J.-E.) and LAZAR (M.-R.). — Endométriose primitive du col de l'utérus. (*Am. J. Obst. et Gn.*, sept. 1941, 42, n° 3, p. 509.)
- KELLER (R.). — (*Gyn. et Obst.*, 47, 439, 1948.) (*Gyn. et Obst.*, 47, 27, 1948.)
- KO-CHI-SUN. — (*Amer. J. Obst. and Gynec.*, 55, 953,, 1948.)
- MANSEN (Valdemar). — The salpingographie feature in tubal endometriosis. (*Acta obstetrica and gynecologica Scandinavia*, t. 23, 1943, page 353.)
- MADSEN (V.). — Kliniska studier over hystero-salpingografi aarhus 1942. (*Acta radiol. Scand.*, 28, 812, 1947.)
- MAGNUSSON (W.). — (*Acta radiol. Scand.*, 26, 265, 1945). (*Acta radiol. Scand.*, 28, 824, 1947.)
- MERGER (R.) et HERVET (146-13). — Une image radiologique d'endométriose tubaire. (*Gynéc. et Obst.*, 1949, t. I, n° 3, p. 225-227.)
- MOCQUOT (P.) et MUSSET (R.). — Remarques sur la physiologie pathologique des endométries, à propos de trois

- observations d'endométriose du cul-de-sac postérieur du vagin. (*J. Obst. et Gn.*, t. 48, n° 2, 1948, p. 135-154.)
- MOULONGUET (P.). — Essai de traitement hormonal des endométrioses. (*Gyn. et Obst.*, t. 41, p. 187, 1941.)
- Le traitement des endométrioses par l'hormone mâle. (*La Presse Médicale*, 8 juillet 1944, p. 154.)
- PALAUCHET et PULSFORD (J.). — (*Gynec. et Obst.*, 47, 680, 1948.)
- PORTES et VARANGOT. — Endométriose et gestation. (*J. Gyn. et Obst.*, t. 4, p. 298, 1940.)
- SÉGUY. — La trompe soufflée. (*Gynécol. et Obst.*, 1943.)
- SÉGUY et Mlle FLORIMONT POGGIOLI. — Observations des trompes dites « soufflées ». (*Gyn. et Obst.*, tome 1, n° 3, 1949, pp. 228-231.)
- THIERSTEIN (S.-T.) (559-566.). — Une analyse comparative sur le diagnostic et le traitement de l'endométriose. (*Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1946, 51, n° 5, 635-642.)
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)

